Beiträge
zur
Aetiologie und Symptomatologie des Morbus Basedowii.

Aus der II. medicinischen Klinik zu Berlin.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 20. Juli 1894

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Grohmann
prakt. Arzt
aus Gr.-Poserin in Mecklenburg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Stubbendorff.
- Dr. med. Wiesner.
- Cand. med. Redmer.

BERLIN.
Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).
Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0031

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten von der II. med. Klinik der Berliner Charité habe ich vom Jahre 1886—1894 14 Fälle von Morbus Basedowii verzeichnet gefunden, die zum Theil nur wegen eben dieser Erkrankung in Behandlung standen, zum Theil anderer Krankheiten wegen in die Charité gekommen waren, bei denen sich aber ein deutlicher Morbus Basedowii zeigte. Einige dieser Fälle dürften durch ihr Symptomenbild besonderes Interesse erwecken.

Aetiologie.

Die überwiegende Erkrankung des weiblichen Geschlechtes ist unbestritten, wenn auch Charcot (12) 1885 noch behauptet hat, dass Morbus Basedowii, besonders die „Formes frustes", bei Männern fast eben so viel vorkämen, wie bei Frauen. Dagegen sprechen die Statistiken von Reynolds, Mackenzie, Lewin, welche Möbius (1) angiebt. Bryson (2) hat unter 30 Kranken mit Morbus Basedowii nur 8 Männer, Cheadle (3) unter 31 Kranken nur 1 Mann, Caracoussi (4) berichtet nur von 6 weiblichen und Ranse (5) von 9 weiblichen und 3 männlichen Kranken. Unter unsern 14 Patienten findet sich nur ein Mann.

In Bezug auf das Alter der Patienten geben alle Autoren an, dass nur die mittleren Jahre mit wenigen Ausnahmen befallen würden. Nach den 14 Krankengeschichten kann ich dieses nur bestätigen, denn ich finde, dass 3 Patienten im Alter von 10—20 Jahren, wovon die jüngste 15 Jahre alt war, 6 Kranke im Alter von 20—30 Jahren, 2 im Alter von 30—40 Jahren und 3 im Alter von 40—50 Jahren an Morbus Basedowii erkrankt sind.

Die ätiologischen Momente der Basedow'schen Krankheit sind sehr zahlreich, doch fällt einem bei der Durchsicht der Litteratur in Bezug auf die Aetiologie ein Moment sofort in die Augen, es ist die hereditäre Anlage zur Erkrankung an Morbus Basedowii, welche von allen Autoren für manche Fälle zugegeben wird. Wenn auch nicht in jedem Falle von Morbus

Basedowii die hereditäre Belastung nachzuweisen ist, da das Gedächtniss der Patienten vielfach nicht ausreicht, zum Theil sie aber auch über ihre Eltern und Vorfahren nichts Bestimmtes wissen, so steht eine hereditäre Anlage als Ursache der Krankheit doch unbestritten fest. Charcot (12) nimmt 2 Arten von hereditärer Anlage an, einmal eine gleichartige directe, d. h. Morbus Basedowii erbt sich durch mehrere Generationen fort, oder eine heterologe, d. h. die neuropathische Disposition wird vererbt, wobei andere Erkrankungen des Centralnervensystems vorherrschen können. Für beide Arten finden wir in der Litteratur zahlreiche Beispiele und Belege. In Bezug auf directe Vererbung beschreibt Corning (6) einen Fall, bei welchem in 3 auf einander folgenden Generationen Basedow'sche Krankheit vorkam. Edwards (7) hat selbst ein 17jähriges Mädchen wegen Morbus Basedowii in Behandlung gehabt, deren Vater auch an derselben Krankheit gelitten hatte. Bull (8) führt unter 6 Fällen 2 an, in denen Morbus Basedowii in der Ascendentenlinie vorkam. Ebenso führen Möbius, Cheadle u. A. mehrere derartige Fälle an.

Bei weitem zahlreicher noch sind die Fälle von Vererbung neuropathischer Disposition. Déjérine (9) hat in einer Familie, in welcher Morbus Basedowii vorkam, die hereditäre Belastung durch 6 Generationen verfolgt und zwar trat in 4 Generationen Morbus Basedowii auf; gleichzeitig, sowie in den anderen Generationen, alle Formen von Psychopathien, Hysterie etc. Derselbe theilt eine Beobachtung von Russel mit, nach welcher eine psychisch erkrankte Mutter eine an Melancholie leidende Tochter und eine an Morbus Basedowii erkrankte Enkelin hat.

Unter unsern 14 Fällen findet sich ein Fall, in dem sich Morbus Basedowii mit aller Wahrscheinkeit direct vererbt hat. L. E., Näherin, 27 Jahre alt, giebt an, dass ihr Vater lebe und gesund sei, dass ihre Mutter an einem Unterleibsleiden gestorben sei; letztere habe früher auch hervortretende Augen gehabt und sei sehr leicht aufgeregt gewesen.

Die neuropathische Dispotion findet sich bei uns in 4 Fällen vererbt. In dem ersten ist der Vater

der Patientin stets sehr jähzornig gewesen und hat ein ausgesprochen cholerisches Temperament gehabt; der Bruder der Patientin litt an epileptiformen Krämpfen. Im zweiten Fall soll die Mutter an Wassersucht gestorben sein, aber stets „schwach im Kopf" gewesen sein und die Schwester an „Kopfkolik" gelitten haben. Im 3. Fall ist freilich die voraufgehende Generation gesund, die Eltern leben und sind nachweisbar nicht erkrankt, dagegen ist die Grossmutter der Patientin im Irrenhaus gestorben. Im 4. Fall ist über die Eltern nichts Bestimmtes zu eruiren, wohl aber giebt die Patientin an, dass alle ihre Geschwister sehr nervös seien, so dass man wohl mit Recht eine erbliche neuropathische Belastung annehmen kann.

Bull (8) führt in Bezug auf ätiologische Heredität ausser den oben erwähnten 2 Fällen, bei denen in der Ascendentenlinie Morbus Basedowii vorkam, noch 2 Fälle an, wo bei den Eltern Herzerkrankung, und einen, bei welchem Phthise vorhanden gewesen war; er ist der Ansicht, dass Herzkrankheiten und Phthise entschieden die Descendenten für Morbus Basedowii disponirten. Ich fand nur in einem Fall die Mutter der Patientin an Lungentuberculose erkrankt und gestorben, und in 2 Fällen waren die Mutter und Geschwister brustkrank gewesen. Sichere Herzerkrankungen bei den Eltern habe ich nicht nachweisen können, dagegen soll der Vater in 3 Fällen an Herzschlag gestorben sein.

In sehr vielen Fällen lässt sich nun eine Heredität oder die hereditäre neuropathische Disposition nicht nachweisen, und für diese Fälle haben die Autoren sehr verschiedene Ansichten über die Ursachen des Morbus Basedowii geäussert. In den 40iger und 50iger Jahren d. Jahrh. waren die meisten Autoren der Ansicht, dass die Ursache in Anämie liege, doch gaben Einige auch an, dass die Basedow'sche Krankheit ohne Anämie vorkäme. White Cooper (10) nimmt in seinem Bericht 1849 über 5 Fälle von Morbus Basedowii Anämie oder Hysterie als Ursache an. Den Exophthalmus erklärte er sich aus der Hysterie durch Erschlaffung gewisser Augenmuskel und Spasmus anderer (z. B. Lev. palpebr.), wodurch das obere Lid nach hinten oben zurückgezogen

werde und Exophthalmus erscheine. Ebenso nimmt Charcot (12) 1856 Anämie beruhend auf vasco-motorischer sympathischer Störung als Ursache der Basedow'schen Krankheit an.

Alle Autoren aufzuführen, welche Gelegenheitsursachen angegeben haben, würde zu weit führen. Ich fasse sie deshalb zusammen. Sehr viele Autoren geben Aufregungen, heftigen und plötzlichen Schrecken, Gemüthsbewegungen andauernder Art, Sorgen, Ueberarbeitungen als Ursache des Morbus Basedowii an; Andere stellen neben diese Momente besonders schwächende Krankheiten des Körpers, wie Typhus, Chlorose etc., dann Schwangerschaft, Wochenbett, Lactation. Chevalier (11) führt einen Morbus Basedowii auf Excessus in venere zurück, ebenso Mannheim (16). Dass Schreck, Aufregungen, langdauernde physische sowie psychische Anstrengungen ätiologisch bedeutend wichtig sind, lässt sich auch aus einer Mittheilung von Gowers (citirt bei Mackenzie) entnehmen, dass nämlich nach dem französischen Kriege 1870/71 in Elsass-Lothringen sich die Beobachtungen von Morbus Basedowii gehäuft hätten.

In neuerer Zeit ist besonders von Charcot, Mackenzie (13), Hack (14) und Anderen auf die Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Rheumatismus Gewicht gelegt. Letzterer ist der Ansicht, dass der Gelenkrheumatismus ätiologisch mit dem Morbus Basedowii in Zusammenhang stehe. Basedow selbst berichtet einen Fall, in dem Rheumatismus voraufging. Mackenzie fand unter 40 Fällen von Morbus Basedowii 8, in denen Rheumatismus voraufging. Auch nach Influenza ist Morbus Basedowii mehrere Male aufgetreten, wie Mande (15), Mannheim (16) berichten.

Betrachten wir nun unsere 14 Fälle in Bezug auf Gelegenheitsursachen, so finde ich, dass in den meisten Fällen nicht eine Ursache, sondern deren mehrere zu finden sind. Zwei Fälle sind es, in denen die Patienten angeben, dass nach einem heftigen Schreck die Krankheit aufgetreten ist.

In dem ersteren giebt L. E., Näherin, 27 Jahre alt, an, sie habe sich bei Operation eines Zahngeschwürs, welches dann stark eiterte, sehr erschrocken und habe

seit der Zeit Herzklopfen und Athemnoth bekommen, wonach dann später die Augen hervorgetreten und der Hals dicker geworden wäre. Dies ist aber auch einer derjenigen Fälle, in denen hereditäre Belastung vorliegt; die Mutter litt höchstwahrscheinlich an Morbus Basedowii.

Der zweite Fall betrifft J. Z., Dienstmädchen, 37 Jahre alt, bei welcher hereditäre Belastung nicht vorliegt. Sie erklärt, sie habe sich bei dem plötzlichen Tode des Vaters und Bruders stark erschrocken, seit welcher Zeit die Erscheinungen, besonders das Herzklopfen, bedeutend geworden wären. Dieselbe hat nun ausserdem mit 18 Jahren „Krämpfe" gehabt, nachdem sie ein Jahr vorher Typhus überstanden hatte, welcher Anfälle von Herzklopfen zur Folge hatte. Als sie ein Jahr später eine Operation wegen Drüsenschwellung durchgemacht hatte, trat die Struma auf, später Exophthalmus und Tremor.

In einem 3. Falle sind Sorgen, Aerger und Aufregung als Ursache anzusehen; daneben finden wir noch Schwächezustände nach voraufgegangenen Krankheiten. Frau E., Förstersfrau, 36 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet, die Mutter soll an Husten gelitten haben, und an Brustwassersucht gestorben sein; ein Bruder ist brustschwach. Als Kind hat Patientin Scharlach, Masern, Keuchhusten gehabt. Später litt sie an Bleichsucht und machte eine Pleuritis durch. Die Menses sind seit der Verheirathung sehr unregelmässig gewesen. Partus oder Aborte sind nicht vorgekommen. Vor 8 Jahren hat sie „gastrisches Fieber" gehabt. Ausserdem ist sie von Sorgen, Aerger und Aufregungen in den letzten Jahren oft heimgesucht gewesen.

Nächst den auf die Psyche wirkenden Ursachen sind entschieden die schwächenden Krankheiten, besonders Chlorose, Magencatarrhe, Typhus und andere als prädisponirend für Morbus Basedowii anzusehen.

Der Schlosser D. O., 62 Jahre alt, ist vor 30 Jahren an Typhus erkrankt; vor 27 Jahren wurde er überfallen und erlitt eine Kopfverletzung; vor 20 Jahren überstand er die Pocken. Vor 16 Jahren, also 4 Jahre später, ist bei ihm, während er schon längere Zeit an Athembeschwerden litt, die Struma aufgetreten, der dann Herzklopfen und Exophthalmus folgten. Wenn auch die

Erscheinungen des Morbus Basedowii erst einige Jahre nach den schweren Erkrankungen aufgetreten sind, so muss man sie doch als wenigstens prädisponirende Ursachen annehmen.

Deutlicher ist der Zusammenhang von Ursache und Krankheit in folgendem Fall zu sehen.

Frau L., Arbeiterfrau, 43 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Eine Schwester lebt und ist gesund. Als Kind hat Patientin die Masern gehabt. Menses stets regelmässig und reichlich. Seit 19 Jahren verheirathet, hat sie 4 mal geboren, einmal abortirt. Seit 18 Jahren hat sie bald mehr bald weniger Magenbeschwerden gehabt. Vor 4 Wochen erkrankte Patientin mit Erbrechen von schleimig-grünlichen Massen, Appetitlosigkeit, saurem Aufstossen, Schmerzen in der Seite und im Rücken. Das Erbrechen trat stets nach Nahrungsaufnahme ein. Bald darauf stellten sich dann Herzklopfen mit Kopfschmerzen und Angstzuständen ein. Die Struma und der Exophthalmus, beide nur gering, sind ihr nicht besonders aufgefallen.

In 2 Fällen gingen dem Morbus Basedowii Nasenerkrankungen vorauf. Der erste Fall, wo eine Nasenerkrankung mit Basedow'scher Krankheit in Zusammenhang gebracht ist, wurde 1885 von Hopmann (17) mitgetheilt; er betraf eine 40jährige Frau mit incompletem Morbus Basedowii (es fehlte die Struma), welche ausserdem an Rhinopharyngitis sicca litt und Polypen an der mittleren Muschel zeigte. Nach Beseitigung der sehr reichlichen Borken und der Polypen in der Nase trat wesentliche Besserung ein. In dem 2. Fall von Hack (18) handelt es sich um eine 17jährige Dame mit vollkommenem Triassymptomencomplex. Die Erscheinungen gingen nach galvanocaustischer Behandlung der Nase zurück, besonders der Exophthalmus. Den 3. Fall, durch Cauterisation der Nase geheilt, hat Fränkel (19) vorgestellt. Er hält jedoch den Zusammenhang beider Erkrankungen nicht für nöthig. Weiterhin hat Stocker (20) 2 Fälle beobachtet, bei denen eine beträchtliche Struma sich durch galvanocaustische Aetzung der Nase zurückbildete. Ebenso hat Musehold (21) einen Fall durch Cauterisation in der Nase als gebessert beschrieben. Bobone (22) erklärte den Zusammenhang da-

durch, dass er meinte, Hypertrophie der Nasenschleimhaut reize den Nerv. sympathicus, und auf diese Weise käme Morbus Basedowii zu Stande. Während so Morbus Basedowii durch Cauterisation der Nase geheilt oder wenigstens gebessert wurde, haben andere Autoren andere Erfahrungen mit dieser Therapie gemacht. Schott (23) berichtet einen Fall, in welchem die Behandlung der Nase mit negativem Resultat versucht wurde. Ja, Simon (24) erhielt in einem Fall, der nur eine Nasenerkrankung aufwies, durch galvanocaustische Behandlung der Nase in 1—3 Tagen einen einseitigen Exophthalmus mit Gräf'schem Symptom und den andern Basedowerscheinungen ausser Struma.

In unsern zwei Fällen ist es fraglich, ob die Nasenerkrankung bedeutungsvoll für den Morbus Basedowii gewesen ist, da andere ätiologische Momente hier näher liegen. Ausserdem wurde ein therapeutischer Eingriff, wie die vorher erwähnten Autoren ihn gemacht haben, nicht ausgeführt, so dass man hier nicht beurtheilen kann, ob die Erscheinungen durch Behandlung der Nase zurückgegangen wären.

A. Gr., Arbeiterin, 32 Jahre alt, ist hereditär belastet. Der Vater war Choleriker, der Bruder litt an epileptiformen Krämpfen. Vor 6 Jahren hat Patientin abortirt. Vor 3 Jahren hat sie eine Laparotomie wegen Pyosalpinx durchgemacht, ausserdem litt sie an Luftröhrenkatarrh und gastrischem Fieber. Vor 2 Jahren hatte sie Blasenkatarrh. Seit 7 Jahren soll ihre Nase verstopft sein. Die Untersuchung ergiebt eine Rhinitis chronica atrophicans. Die Rhinitis ist dann ohne besondere Behandlung geschwunden, während der Morbus Basedowii sich zunächst besserte, dann aber wieder in stärkerer Weise auftrat.

Der andere Fall betrifft die Schauspielerin Anna K., 42 Jahre alt. Die Geschwister der Patientin sollen alle nervös sein. Als Kind hat sie Masern gehabt. Menses regelmässig bis auf einmal, wo ein langdauernder Ausfluss stattgefunden haben soll, den Pat. auf Erkältung zurückführt. Vor 9 Jahren hat Patientin Rachenkatarrh und Nasenpolypen gehabt. Vor 5 Jahren hat sie Lues acquirirt; dann hat sie noch eine Rachenerkrankung gehabt, die sie als Diphtherie bezeichnet, in Folge deren

eine Gaumensegellähmung eintrat. 3 Jahre nach der acquirirten Lues trat die Struma auf.

In einem andern Fall von unsern 14 lag jedenfalls auch Lues vor, trotzdem die Infection geleugnet wurde; es fanden sich Leukodermaflecke im Nacken. Ob die Lues die Ursache von Morbus Basedowii in beiden Fällen war, ist schwer zu sagen, wahrscheinlich ist sie auch nur als prädisponirendes Moment anzusehen.

Ausser den beiden Fällen, wo eine Nasenerkrankung anamnestisch festgestellt wurde, fanden sich bei der Untersuchung noch 2 Patienten mit Nasenaffectionen. In dem einen Fall bestand Nasenbluten, eine Hämorrhagie beiderseits am Septum narium; ausserdem war die untere Muschel hypertrophisch. In dem andern Fall war die untere und mittlere Muschel verdickt und auf diese Weise der mittlere Nasengang bedeutend verengert. Eine besondere Behandlung der Nasenaffection wurde nicht vorgenommen.

Gelenkrheumatismus, wie ihn Charcot (12), Mackenzie (13) und Hack (18) als ätiologisch angesehen haben, ging in 2 Fällen unter den 14 dem Morbus Basedowii vorauf. In dem einen Fall kann man nicht sagen, dass der Gelenkrheumatismus die Ursache gewesen sei, da das eine Symptom, die Struma, schon vorher bestand, wohl aber hat er bedeutenden Einfluss gehabt, insofern, als seit der Zeit das Herzklopfen und die Angstanfälle bestehen:

Frau H., 34 Jahre alt, hat vor 20 Jahren Typhus gehabt, desgleichen war sie in den Jahren chlorotisch. In ihrem 15. Lebensjahr trat eine Schwellung der Schilddrüse ein, zuerst gering, die aber stetig zunahm. Die Menses verursachten stets eine stärkere Anschwellung der Drüse. Vor 11 Jahren hatte Patientin Gelenkrheumatismus, der 4 Wochen dauerte und Herzklopfen zur Folge hatte. In demselben Jahre wurden der Patientin beide Mandeln exstirpirt. Auch ist Patientin vor 11 Jahren ca. 1 Jahr lang wöchentlich zweimal mit Jodinjectionen in die rechte Struma behandelt, ohne davon eine Verkleinerung der Drüse beobachten zu können. Patientin ist leicht erregbar, sie will durch ihre 5 Kinder, die schnell auf einander geboren wurden, nervös geworden sein.

Es ist ziemlich schwierig, hier zu sagen: welches

ist die Ursache. Prädisponirend ist vielleicht die Chlorose und der Typhus. Ungünstigen Einfluss übte der Gelenkrheumatismus auf den Morbus Basedowii aus, vielleicht auch die Jodinjectionen. Die 5 schnell aufeinander folgenden Geburten haben entschieden den Zustand der Patientin nicht gerade gebessert.

In dem 2. Fall kann der Rheumatismus wohl als Ursache der Basedow'schen Krankheit angesehen werden. M. F., 29 Jahre alt, ist psychopatisch hereditär nicht belastet. Vater starb am Herzschlag, ebenso ein Bruder, Mutter an Lungentuberculose. Als Kind hat Patientin Masern, Scharlach und Windpocken durchgemacht. Im 4. Lebensjahr bekam sie eine Eiterung unter dem Jochbein. Vor 11 Jahren wurde sie auf Gelenkrheumatismus behandelt und geheilt. Vor 2 Jahren wurde sie wegen Zittern in den Armen und Fingern und wegen Herzklopfen auf Morbus Basedowii behandelt und gebessert entlassen. 14 Tage später bekam sie zum 2. Mal Gelenkrheumatismus.

Ein Fall ist ätiologisch noch besonders interessant, da ich in der Litteratur eine derartige Entstehung der Basedow'schen Krankheit nicht gefunden habe.

S. G., Plätterin, 30 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Im 8. Lebensjahr hatte sie die Pocken. Menses immer regelmässig. Vor 6 Jahren war sie in einem Wiener Café angestellt, wo sie sehr vielen und starken Kaffee getrunken haben will. Morgens, zum Frühstück, Mittags und Abends trank sie eine grosse Tasse Kaffee; auch wenn sie am Tage Durst hatte, stillte sie denselben mit Kaffee. Dies führte sie 3 Jahre lang durch. Dann verliess sie das Wiener Café und setzte mit dem Kaffeetrinken aus. Sehr bald darauf zeigten sich die ersten Symptome. Patientin bekam Zittern in den Extremitäten, Herzklopfen besonders beim Treppensteigen, Stiche in der Herzgegend, Athembeschwerden und Magenbeschwerden. Die Beschwerden haben sich dann besonders in der jetzigen Gravidität gesteigert und zum klaren Bild des Morbus Basedowii entwickelt.

Unter den 14 Fällen sind 2, in welchen ätiologisch nichts Besonderes zu finden war. In dem einen Fall, in welchem hereditär nichts zu eruiren war,

fing die Krankheit mit grosser Mattigkeit im ganzen Körper an, wozu sich Angst und Aufregungszustände gesellten.

In dem 2. Fall konnte hereditär ebenfalls nichts nachgewiesen werden. Die Menses waren erst im 20. Lebensjahr eingetreten. Im 25. Lebensjahr hatten sich die Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit gezeigt. Die Krankheit fing mit Thränenträufeln an, wozu dann sehr bald Exophthalmus und Herzklopfen kam.

Symptomatologie.

Die constantesten Symptome des Morbus Basedowii sind der Exophthalmus, die Struma und die Herzpalpitationen. Schon bevor Basedow diese Krankheit näher beschrieb und sie für eine Erkrankung sui generis erklärte, ist dieselbe entschieden bekannt gewesen und nur nicht als Krankheit sui generis, sondern als Erkrankung der Augen, der Schilddrüse oder des Herzens beschrieben. Schon Parry (25) 1825 veröffentlichte 13 Krankheitsfälle mit so prägnantem Symptomencomplexe des Morbus Basedowii, dass man nicht zweifeln kann, dass es diese Erkrankung gewesen ist. Indessen hat Parry, wenngleich er die Krankheitserscheinungen auch sorgfältig beobachtet und geschildert hat, doch nicht einen Einblick in den innern Zusammenhang der Erscheinungen gewonnen.

Dann hat der Engländer Graves (26) 1835 eine besondere Krankheit, welche das Nervensystem (eine Form der Hysterie) betreffe, kennen gelehrt, die leicht als Morbus Basedowii erkannt wird. Ihm wird von vielen Autoren, besonders von den Engländern und Franzosen, die Priorität zuerkannt, obgleich die Fälle erst 1843 veröffentlicht wurden.

Ebenso hat Brück (27) 1835 Morbus Basedowii beschrieben, wobei er den Exophthalmus in den Vordergrund der Erscheinungen stellte und ihn für einen Hydrops oculi hielt.

Nach ihm beschrieb dann eingehend Basedow (28) diese Erkrankung, die nach ihm den Namen erhielt. Später ist sie von sehr vielen Autoren beschrieben und sehr mannigfaltig gedeutet. v. Graefe (29) behandelte 1857 zuerst ausführlicher die Affectionen der Augen.

Fischer (30) hat dann 1859 eine umfassende Arbeit geschrieben, hielt aber Morbus Basedowii für keine besondere Erkrankung, sondern erklärte die Erscheinungen auf Anämie beruhend.

Wenn wir zuerst die Augenerscheinungen bei Morbus Basedowii als ein sehr constantes und hervortretendes Symptom betrachten, so sind in der Litteratur sehr viele diesbezügliche Angaben vorhanden.

Es ist einseitiger Exophthalmus beschrieben, dann Fälle von zeitlich verschiedenem Auftreten desselben; doch sind dies nur seltene Ereignisse.

Graefe (29) machte auf ein Symptom zuerst aufmerksam, welches sich sehr häufig bei Morbus Basedowii fände, nämlich, dass beim Heben und Senken des Blickes die entsprechenden unter normalen Verhältnissen stets vorhandenen Mitbewegungen des oberen Augenlides fehlten (Graefe'sches Symptom). Dann hat Stellwag ein Symptom beschrieben, welches in einem seltenen Lidschlag, Trockenheit der Cornea und Entzündungsprocessen am Auge besteht (Stellwag'sches Symptom). Möbius (1) beobachtete zuerst ungenügende Convergenz beider Augen (Möbius'sches Symptom); Kast und Wilbrand (31) fanden Gesichtsfeldeinschränkungen, die Charcot auf Hysterie zurückführte, da in den betreffenden Fällen auch Hysterie vorhanden war.

Unter unsern 13 Fällen, da ich einen Fall wegen unvollständiger Krankengeschichte ausschalten muss, fehlte der Exophthalmus 2 Mal. In 2 Fällen war er sehr gering. In 2 andern war er links bedeutender als rechts.

Das Graefe'sche Phänomen zeigte sich in 9 Fällen, dabei traten in 2 Fällen bei häufiger Lidbewegung Schmerzen in den Augen auf, in einem andern fand leicht Ermüdung der Augen statt. Hier trat im Verlauf der Krankheit zunehmender Lagophthalmus ein. In einem 3. Fall war das Graefe'sche Phänomen nur andeutungsweise vorhanden. In einem 4. trat Doppeltsehen bei der Blickrichtung nach oben ein und zwar standen die Doppelbilder gekreuzt und parallel, das eine höher als das andere. Beim Blick gerade aus und nach der Seite stand die linke Cornea tiefer als die rechte.

Ausserdem war die Sehschärfe links $^3/_8$, rechts $^3/_6$ und Gläser verbesserten nicht.

Das Möbius'sche Symptom fand ich in 4 Fällen. In dem ersten waren links der Rectus int. sup. et inf. paretisch. Beim Blick nach oben blieb das linke Auge stark zurück, nach rechts und nach unten etwas. Im Verlauf der Krankheit fixirt das rechte Auge, während das linke secundäre Abweichungen beim Blick nach rechts und nach links macht. In dem 2. Fall trat nur zuweilen Strabismus auf. Im 3. Fall, wo die Patientin mehrmals in Behandlung kam, war zuerst die Convergenz nur gestört, die Bewegung der Bulbi nach allen Seiten beschränkt; später trat dann vollständige Convergenzlähmung und accommodative Asthenopie ein.

Ausserdem sind noch einige Erscheinungen vielleicht anzuführen. Zweimal war die rechte Pupille grösser als die linke, einmal umgekehrt. In einem Fall wurde Venenpuls am linken Bulbus, Gefässectasien an den äussern Augenlidern, seröse Durchtränkung und Wucherung des orbitalen Zellgewebes gefunden. Einen seltenen Lidschlag, wie Stellwag ihn beobachtet hat, habe ich nicht gefunden, im Gegentheil war derselbe in 2 Fällen vermehrt. Gesichtsfeldeinschränkung wurde 2 Mal constatirt, einmal concentrische links stärker als rechts, das andere Mal Einschränkung nach aussen.

Ueber die Häufigkeit der Struma bei Morbus Basedowii bestehen verschiedene Ansichten. Russel-Reynolds, von Möbius (1) citirt, fand unter 49 Fällen 48mal, Marie (32) in 16 Fällen 11mal, Mackenzie (13) in 30 Fällen 25mal, Lewin (33) in 27 Fällen 25mal Struma. Die Struma ist von sehr wechselnder Grösse meistens eine Struma vasculosa, seltener fibrosa, cystica und gelatinosa. Sehr häufig ist sie rechts grösser als links. Mackenzie meint, das entspräche physiologischen Verhältnissen. Dann sind verschiedenartige Geräusche gehört an der Struma. Einzelne Autoren berichten von permanenten schwirrenden Geräuschen, meistens sind arterielle oder pulsirende venöse Geräusche gehört. Guttmann (34) erklärt, die Ursachen des arteriellen Strumageräusches seien die Hypertrophie des linken Ventrikels und die ungleichmässige Erweiterung der Schilddrüsenarterien; bestehe das arterielle Geräusch, so

handle es sich um eine Struma durch Morbus Basedowii, fehle es, so bestehe eine genuine Struma. Maude (15) und Reynolds (35) erklären die Geräusche durch Fortleitung von der Carotis auf die Struma.

Unter unsern 13 Fällen fehlte 2mal die Struma; in einem war die Geschwulst sehr klein; es bestanden aber Gefässgeräusche und Schwellung der Cervicaldrüsen. In 3 Fällen war die Struma rechts grösser als links ausgebildet. Einseitige Schwellung war unter den 13 Fällen nicht vorhanden. Die Pulsation war in 9 Fällen deutlich nachzuweisen; in 3 Fällen fühlte man bei der Palpation ein deutliches Schwirren. Das arterielle Strumageräusch Guttmann's fand ich in 8 Fällen. Da, wo es nicht vorhanden war, konnte in 3 Fällen die Diagnose des Morbus Basedowii nicht bestritten werden. Alle Strumen mit Ausnahme von zweien, die eine derbe Consistenz zeigten, hatten eine weiche, zum Teil pseudofluctuirende Beschaffenheit. In 2 Fällen waren deutlich 3 Lappen abgrenzbar, wobei die inneren Ränder der Sternocleidomastoidei bei Seite gedrängt waren, so dass sie in einem nach der Medianlinie concaven Bogen verliefen.

Von den Herzsymptomen und den Erscheinungen an den Blutgefässen ist das Bemerkenswerthe von Möbius (1) zusammengestellt worden. Herzpalpitationen und Tachycardie finden sich fast ausnahmslos in allen Fällen von Morbus Basedowii. Dazu kommen in vielen Fällen Herzgeräusche, meist systolische. Die Herzerscheinungen und Beschwerden sind sicherlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Morbus Basedowii das erste Symptom. Es sollen auch schon Fälle beobachtet sein, in welchen Herzerscheinungen völlig fehlten. Es wäre daran zu denken, dass in diesen Fällen entweder gar kein Morbus Basedowii vorlag, oder dass die Herzerscheinungen gegenüber prägnanteren Symptomen übersehen sind.

Die Regelmässigkeit des Pulses ist ausser von See (36) auch von Taylor (37) bestritten. Man muss aber doch sagen, falls bei Morbus Basedowii eine Arhythmie des Pulses eintritt, so liegt eine Complication vor.

Ich will versuchen, in unsern Fällen erst kurz die Herzerscheinungen in den 7 Fällen, welche einen reinen Morbus Basedowii ohne Complication von Klappenfehlern

und andern organischen Erkrankungen zeigten, zusammenzustellen, da die Herzerscheinungen in den andern Fällen auch zum Teil durch die Complicationen zu erklären wären.

In allen 7 Fällen bestand Herzpalpitation und Tachycardie. Eine Vergrösserung des linken Ventrikels wurde in 4 Fällen gefunden, so dass die Herzdämpfung über die linke Mammillarlinie ging. Einmal wurde eine Herzvergrösserung nach rechts constatirt. Der Spitzenstoss war in allen 7 Fällen hebend und verstärkt.

Herzgeräusche wurden sehr mannigfaltig gehört. In einem Fall hörte man systolische Geräusche an allen Ostien, besonders an der Spitze, welches oft in deutliches Schwirren überging. In einem zweiten waren die Töne rein, aber gespalten, besonders der 2. Pulmonalton. Beim 3. Fall klirrte der Ton an der Mitralis. In dem 4. konnte man sowohl an der Spitze wie über der Pulmonalis systolische Geräusche hören, dabei war der 2. Pulmonalton klappend und gespalten. Bisweilen waren die Töne in continuirliches Sausen eingehüllt. Hier bestand auch sehr starker Ictus cordis. Der 5. Fall wieder systolische Geräusche an der Spitze und der 1. Ton war gespalten, dabei fühlte man ein systolisches Schwirren über dem ganzen Herzen. Der 6. Fall hatte unreinen Ton an der Spitze; an der Pulmonalis und Aorta systolische Geräusche. Beim 7. hörte man an der Spitze ein kurzes systolisches Geräusch, an der Aorta etwas leiser, an der Pulmonalis dagegen wieder verstärkt und den 2. Ton gespalten. An der Tricuspidalis war der 1. Ton unrein.

Der Puls war in allen Fällen sehr frequent, zwischen 120—180 und regelmässig, in einigen Fällen celer. Nur in einem Fall, der tödtlich endete, fand sich ein unregelmässiger, frequenter und schnellender Puls, der dann in den Pulsus alterans überging. Von den übrigen 6 Fällen ist nichts Besonderes mehr hinzuzufügen, als dass in einem mit Pleuritis fibrinosa complicirten Fall, der letal endete, ein Pulsus paradoxus gefunden wurde.

Die Erscheinungen an den Gefässen traten in vielen Fällen sehr prägnant hervor. Hier ist besonders auf die Erscheinung aufmerksam zu machen, dass in manchen Fällen an der Cruralis ein Arteriendoppelton zu hören ist, eine Erscheinung, die bei Aorteninsuffi-

cienz schon von Traube (38) 1867 beschrieben wurde. Bei Morbus Basedowii hat ihn Gerhardt (38) zuerst gefunden. Er meint, dass man zur Erklärung dieser Erscheinung mehr als bei Aorteninsufficienz an ursprüngliche Lähmung der Arterienmusculatur zu denken habe. Dieser Doppelton an der Cruralis war unter den 13 Fällen 6mal zu hören, davon waren 5 Fälle uncomplicirt. Ebenso ist ein Arteriendoppelton an der Brachialis, Radialis und im Hohlhandbogen zu hören gewesen. Die Pulsation wurde ausserdem an der Carotis und Aorta abdominalis in mehreren Fällen sichtbar. In einem Fall wurde Pulsation der Gaumenbögen bemerkt, in einem anderen Capillarpuls an der Stirn. Quincke (38) wies zuerst 1868 darauf hin, dass bei Chlorotischen an den Fingernägeln ein Capillarpuls zu sehen sei; später hat Senator sein Vorkommen bei Anaemia splenica gezeigt (Gerhardt). Bei Morbus Basedowii ist er nach Gerhardt (38) zeitweise vorhanden, zeitweise fehlt er, wie es scheint, nach dem stürmischen Gang der Herzthätigkeit.

An die Erscheinungen seitens des Herzens und der Gefässe reiht sich am besten ein Symptom an, welches erst in neuester Zeit beschrieben wurde. Gerhardt (38) bemerkte in mehreren Fällen von Morbus Basedowii, dass die Milz deutlich pulsire. Bei Aorteninsufficienz ist Milzpulsation schon früher beobachtet. Gerhardt meint, wenn bei einem kräftigen Kranken mit gut ausgeglichener Aorteninsufficienz die Milz in Folge acuter Schwellung fühlbar wird, so pulsire sie auch. Ebenfalls beobachtete Prior einen Fall von functioneller Herzhypertrophie und Pneumonie, wo sich Milzpulsation fand. Diese Pulsation der Milz unterscheidet sich aber nach Gerhardt von derjenigen bei Morbus Basedowii. Sie findet sich im ersteren Fall nur während infectiöser Schwellung der Milz und verschwindet wieder mit dem Erlöschen der Infectionskrankheit. Bei Morbus Basedowii dagegen pulsirt die Milz monatelang, ohne dass irgend eine andere Erkrankung als diese im Körper vorhanden wäre. Bei Aorteninsufficienz handelt es sich mehr um eine pulsirende Milzgeschwulst, bei Morbus Basedowii mehr um eine Pulsation der Milz (Gerhardt).

Die Pulsation der Milz dürfte sich als ein ziemlich

häufiges Vorkommniss bei Morbus Basedowii erweisen. Unter 13 Fällen fand ich 5 mit Milzpulsation und einen, bei welchem die Milz palpabel war, aber nicht pulsirte. Einen dieser Fälle hat Gerhardt 1893 schon näher beschrieben. Da dieses Symptom bisher wenig beobachtet ist, so will ich zur besseren Beurtheilung die anderen 4 Krankengeschichten hier kurz anführen:

1. D. O., 62 J., Schlosser. Vor 30 J. Typhus, vor 20 J. Pocken. Vor 27 Jahren erlitt er eine Schädelverletzung in Folge eines Ueberfalles. 2 Jahre später musste er wegen Athembeschwerden die Schlosserei aufgeben. Vor 16 Jahren trat die Struma auf. Seit 1 Jahre Herzklopfen. Status praesens: Exophthalmus; zuweilen Strabismus; Graefe'sches Symptom; Pupille links kleiner wie rechts. Tachycardie und Herzpalpitation; Pulsus paradoxus. Systolische Geräusche an allen Ostien. Pulsation der Gaumenbögen. Struma rechts grösser als links, pulsirt. Tremor der Hände. Oedeme der Kreuzbeingegend und Knöchel, beiderseits. Costo diaphragmale Athmung mit Betheiligung der Hülfsmusculatur. In der linken Fossa supraclavicularis et spinata ist der Schall kürzer als rechts. Bronchialathmen und klingendes Rasseln. Schwellung der Inguinaldrüsen. Palpable Milz nebst Pulsation derselben. Leber pulsirt im rechten Lappen. Patient ist psychisch alterirt, redet von Geldsummen, die er schuldig etc., und ist sehr unruhig. Exitus nach 14 Tagen.

2. J. Z., Dienstmädchen, 37 Jahre alt. Hereditär nicht belastet. Vor 20 Jahren Typhus, an welchen sich Herzklopfen anschloss. Nach einer Operation wegen Drüsenschwellung 1 Jahr später trat Struma auf. Seit 4 Jahren Kopfschmerz und Exophthalmus. Pat. will sich bei dem plötzlichen Tode ihres Vaters und Bruders jedesmal sehr erschrocken haben. Menses unregelmässig, seit 8 Monaten nicht mehr. Stat. praes.: Exophthalmus; Graefe'sches Phänomen. Gesichtsfeld nach aussen beschränkt. Herzpalpitationen und Tachycardie. Linkes Herz vergrössert. Systolisches Brausen an der Pulmonalis und Aorta. Pulsation der Aorta abdominalis, der Carotis und Art. dorsalis pedis sichtbar. Doppelton an der Cruralis. Struma mit Pulsation und systolischem Brausen. Tremor der Hände. Localisationsvermögen

gestört. Gesichtsausdruck unruhig, ängstlich. Blick starr. Haut feucht. Pigmentflecke am Ober- und Unterarm und den Füssen. Defluvium capillitii. Milz und Leber pulsiren deutlich.

3. Frau H., 34 Jahre alt. Vor 20 Jahren Typhus und Chlorose. Im 15. Jahr trat Struma auf. Vor 11 Jahren Gelenkrheumatismus, seit der Zeit Herzklopfen. Vor 11 Jahren 1 Jahr lang wöchentlich 2mal mit Jodinjection in die Struma ohne Erfolg behandelt. Partus 5. Pat. will sehr nervös sein. Stat. praes.: Exophthalmus. Möbius-Symptom. Struma rechts grösser als links nebst Pulsation. Cervical- und Leistendrüsen geschwollen. Herzpalpitationen und Tachycardie. Pulsation der Carotis, Aorta abdominalis und Cruralis deutlich. Linkes Herz vergrössert. Systolische Geräusche an allen Ostien. Tremor der Hände und Beine. Patellarreflex und Fussclonus gesteigert. Coordinationsbewegung gestört. Sensibilität gesteigert. Schweisssecretion erhöht. Enge des mittleren Nasenganges. Pulsation der Leber und Milz; letztere palpabel. Pat. abortirt während der Behandlung und wird auf Wunsch entlassen.

4. M. Fr., 29 Jahre alt. Mutter an Lungentuberculose †. Vater an Herzschlag †, ebenso Bruder. Als Kind hat sie Scharlach, Masern und Varicellen gehabt. Mit 4 Jahren eine Eiterung unter dem Jochbein. Vor 11 Jahren Gelenkrheumatismus. Vor 2 Jahren an Morbus Basedowii erkrankt. Jetzt wegen einer Angina in Behandlung. Stat. praes.: Exophthalmus gering. Herzpalpitationen. Tachycardie. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Struma nicht vorhanden. Erscheinungen der Angina. Haut trocken. Unterkieferdrüsen mässig geschwollen. Leistendrüsen strangförmig verdickt. Milz ist klein, pulsirt aber.

Ausser der Milzpulsation fand sich Pulsation der Leber in 4 Fällen. In einem Fall sicher ohne Vergrösserung des Organs. Im Uebrigen fand sich die Leber noch zweimal vergrössert, einmal wurde Icterus beobachtet.

In den letzten Jahren sind bei Morbus Basedowii die nervösen Momente von den Autoren wieder mehr hervorgehoben und unter diesen besonders der Tremor. Seitdem durch Charcot (12) 1885 und einem Schüler

desselben, Marie (32), die Aufmerksamkeit auf ein bis dahin übersehenes oder doch wenig beachtetes diagnostisch werthvolles Symptom des Morbus Basedowii, nämlich das Zittern, gerichtet wurde, ist dieses Symptom, wie Charcot (12) es selbst nennt, als 4. Cardinalsymptom von vielen Autoren anerkannt. Dabei ist nicht gesagt, dass es nicht auch fehlen könnte, so gut wie Exophthalmus oder Struma gelegentlich fehlen und doch ein Morbus Basedowii angenommen wird. Charcot (12) meint, der Tremor des Morbus Basedowii unterscheide sich von dem Tremor bei andern chronischen Nervenleiden sehr wesentlich und sei deshalb ein gutes diagnostisches Symptom. Einmal trägt der Tremor nicht gerade den Charakter des Intentionszitterns, doch wird er durch geringe psychische Erregung provocirt und zu hohen Graden gesteigert. Er verbreitet sich nicht selten über einen Theil der gesammten Musculatur (Charcot). Ausserdem fand Marie (32) eine Frequenz von 8—10 Oscillationen in der Secunde, eine Frequenz, die der Tremor anderer Nervenkrankheiten nicht erreicht. Kahler (39) unterscheidet den Tremor des Morbus Basedowii von dem anderer Affectionen ebenfalls durch die Schnelligkeit der Schwingungsfolge, die geringe Ausdehnung der Zuckungen und den sehr gleichmässigen Rhythmus.

Der Tremor kann den ganzen Körper befallen, einzelne Glieder, eine Seite mehr als die andere; besonders häufig sieht man Zittern der Oberextremitäten und hier meist der Hände und Finger. In neuerer Zeit ist von Chevalier (11) und Boinet et Bourdillon (40) auf den Tremor der Zunge ohne Betheiligung des Körpers hingewiesen.

Von unsern 13 Patienten zeigten 8 ausgesprochenen Tremor, und zwar war in allen 8 Fällen Tremor der Hände vorhanden. In 3 Fällen fand sich ausserdem Tremor der untern Extremitäten; in einem Fall kam der Kopf und zuweilen der ganze Rumpf hinzu. In einem andern Fall war der Tremor der Hände complicirt mit athetotischen und choreatischen Bewegungen beider Oberextremitäten, weniger Kopf und Rumpf, welche durch den Willen zeitweise unterdrückt werden konnten. Diese Erscheinung des Tremors mit choreatischen Bewegungen beschrieb Müller im Correspbl. f.

Schweizer Medic. XIX. Im Grossen und Ganzen scheint die Complication mit choreatischen und athetotischen Bewegungen recht selten zu sein. Herr Stabsarzt Dr. Grawitz hat in unsern Fällen über den Tremor specielle Untersuchungen gemacht und graphische Curven desselben aufgenommen. Die Schnelligkeit der Schwingungsfolge fand sich 300 in der Minute; die Ausdehnung der Zuckungen war durchschnittlich sehr gering und nur von einzelnen regelmässig wiederkehrenden grösseren Zuckungen unterbrochen.

Zuweilen ist eine lähmungsartige Schwäche in den Beinen beobachtet, welche Dreyfuss-Brisac (41) auf gesteigerten Tremor zurückführt. Charcot erklärt es für eine dem Morbus Basedowii eigene Paraparese mit Schlaffheit der Muskel, mit Fehlen der Knie- und Hautreflexe ohne Anästhesie. Er beobachtete auch plötzliches Versagen der Beine und ist der Ansicht, dass sich eine Schwäche zur Paraplegie steigern könne. Solche lähmungsartige Schwäche in den Beinen beobachtete Bryson (42), de Ranse (5), Marie (32), Mackenzie (13). In den meisten Fällen ist diese Schwäche aber auf die Hysterie zu beziehen, die nach Möbius (1) eine recht häufige Complication von Morbus Basedowii ist, und in Sensibilitätsstörungen, paretischen oder paralytischen Erscheinungen auftritt. Nach Taylor (37) ist bei allen nervösen Symptomen des Morbus Basedowii Hysterie schwer auszuschliessen. Auch Saint Marie (43) hält alle convulsiven und paralytischen Störungen für accidentelle. Complication mit Tabes beobachteten Lemoine (44) Joffroy (44); mit Epilepsie Oliver (44), Drummond (44), Ballet (44) und andere.

Die geistigen Störungen bei Morbus Basedowii entwickeln sich nach 2 Richtungen, als Depressions- und Excitationszustände, die beide in einander übergehen können, ohne sich zu Psychosen zu steigern. Die Kranken werden geistig unruhig, schreckhaft, schlaflos, werden von Angstzuständen gepeinigt, kleiden sich zum Theil unordentlich, es befällt sie oft ein Thätigkeitsdrang ohne Zweck; Andere wieder zeigen Depressionszeichen, sind leicht zum Weinen geneigt, sind menschenscheu und in sehr gedrückter Stimmung.

Martin (45), Bryson (2), Corning (6) haben derartige Zustände viel beschrieben. Diese psychischen Alterationen können sich dann auch zu wirklichen Psychosen steigern.

Sehr mannigfaltig sind die Erscheinungen des Nervensystems und der Psyche in unsern 13 Fällen.

In dem 1. Fall war eine allgemeine physische und psychische Schwäche vorhanden. Herzklopfen trat ohne besondere Veranlassung auf. Es bestand Schlaflosigkeit, eine geistige Unruhe mit schreckhaften Exacerbationen. Ausserdem weinte Patientin oft ohne Ursache.

Im 2. und 3. Fall waren nur Angstanfälle und Kopfschmerzen vorhanden.

Im 4. Fall, es lag Lues vor, trat starker Kopfschmerz auf. Patientin kleidete sich unordentlich, die Haare waren wirr, das Halstuch stets zerknittert. Ante exitum traten dann Delirien hinzu.

Im 5. Fall beobachtete man einen ängstlichen, erschrockenen Gesichtsausdruck; es bestand eine auffallende Unruhe in den Augen und der mimischen Musculatur; die Haare waren meist wirr gehalten.

Beim 6. Fall zeigten sich ebenfalls Kopfschmerz und Angstzustände, sowie Schmerzen in den Füssen und Knieen. Wenn Patientin auf beiden Füssen stehen will, so zittert sie am ganzen Körper. Patientin war sehr unordentlich gekleidet mit wirrem Haar.

Der 7. Fall endete letal und wies ante exitum geistige Verwirrtheit auf.

Der 8. zeigte grosse Unruhe und Verwirrtheit. Patient will fortwährend das Bett verlassen und redet, wenn Jemand sich ihm nähert, von grossen Geldsummen, die er schuldig wäre, und andere unverständliche Sachen.

Fall 9 wies Depressionszeichen mit Excitationsstadien auf wie der erste. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, aber stupide. Angst und Aufregungszustände kommen viel vor. Es besteht Schlaflosigkeit und grosse Unruhe während der Nacht. Die Stimmung ist niedergedrückt; Sprache oft sehr schnell und hastig.

Der 10. Fall war 5 mal während 5 Jahren in Behandlung gewesen. Schon beim 1. Mal waren die nervösen Erscheinungen hervorstechend. Patientin, deren Grossmutter im Irrenhaus gestorben ist, will seit der

Zeit stets den Gedanken gehabt haben, dass sie selbst wahnsinnig werden könnte. Auch habe sie manchmal „dumme Streiche“ gemacht, sei in Unterröcken auf die Strasse gelaufen und dergl. Es traten dann während ihres Aufenthalts in der Charité Angstgefühl und Athemnoth auf, so dass Patientin vor Angst oft laut aufschrie. Zuweilen sah sie auf der Bettdecke Mäuse laufen und machte sich Gedanken, sie würde nicht wieder gesund. Sie will nach Entlassung aus der Charité unordentlich in ihrer Kleidung geworden sein, oft unbeabsichtigte Bewegungen mit Füssen und Beinen ausgeführt und das Gefühl gehabt haben, als müsste sie ihre Beine verlieren. Sie isst sehr schnell und hastig, als ob sie Andern nichts gönnte; Sachen die ihr gehörten, verbarg sie ängstlich, weil sie glaubte, sie könnten ihr genommen werden. Abends, wenn sie nach Hause gegangen wäre, giebt sie an, hätte sie sich stets gefürchtet, da alle Gegenstände Leben angenommen hätten. Hatte sie einmal einen Gedanken gefasst, so musste sie ihn schnell ausführen. So kam sie dazu oft Wein zu trinken — sie war Kammerjungfer bei einer Baronin — und gewöhnte sich daran, oft und viel schweren Wein zu trinken. Ausserdem, um ihre Unruhe und Kopfschmerz zu beschwichtigen, huldigte sie dem Morphium- und Antifebrin-Gebrauch. Während ihrer Behandlung war die Stimmung sehr wechselnd. Als sie das 2. Mal entlassen war, konnte sich Pat. in der Zwischenzeit oft über die unwichtigsten Dinge heftig ärgern. Sie bekam dann mit dem Tremor auch die athetotischen und choreatischen Bewegungen in den Händen und Füssen. Später (4. Aufnahme in die Charité) war sie wieder unordentlich in ihrer Kleidung, die Sprache war abgerissen, hastig; das Auge unstät, flackernd. Es bestand Hyperästhesie rechts noch mehr wie links; der Unterschied für Tast-, Druck- und Schmerzempfindung. Bei der letzten Aufnahme waren mit Ausnahme der Kopfschmerzen und der Unruhe, die nervösen Erscheinungen geringer geworden, nur waren Schmerzen in den Kniee- und Ellbogengelenken hinzugekommen. Pat. wurde gebessert entlassen.

Beim 11. Fall fand sich neben einem unruhigen ängstlichen Gesichtsausdruck und einem starren Blick

das Localisationsvermögen an den Zehen und dem linken Bein herabgesetzt.

Im Fall 12, dessen Pat. leicht erregbar ist, sind die Patellarreflexe und der Fussclonus gesteigert; die Coordination in den unteren Extremitäten ist nicht vollständig erhalten, die Sensibilität gesteigert.

Beim letzten Fall waren Erscheinungen des Nervensystems nicht beobachtet.

Nächst den nervösen Erscheinungen sind die Symptome, welche die Haut zeigen, wohl am Wichtigsten. Vor Allem fällt die sehr vermehrte Schweisssecretion in die Augen, die sich in der Mehrzahl von Morbus Basedowii findet. Taylor (37) giebt einen Fall an, bei welchem einseitiges Schwitzen von der Schulter bis zur Zehe beobachtet wurde. Mannheim (16) schilderte einen Fall, in dem die Schweisseruption in Perioden von $1-1^1/_2$ Stunden Dauer mehrmals am Tage besonders am Rücken auftrat. Wir fanden unter den 13 Fällen 7 mit starker Schweisssecretion, bei dem einen so stark, dass die Haarnadeln rosteten. In diesem Fall trat die Schweisssecretion wesentlich am Kopf auf und zwar links bedeutender wie rechts. In einem Fall wird ausdrücklich hervorgehoben, dass die Haut trocken sei.

Neben der Vermehrung der Schweisssecretion findet in vielen Fällen von Basedowi'scher Krankheit ein verminderter elektrischer Leitungswiderstand der Haut statt. Diese Erscheinung hat zuerst Vigouronx (46) beobachtet und beschrieben. Nach ihm bestätigten Kahler (39) und Eulenburg (47) die Herabsetzung des elektrischen Widerstandes. Letzterer sagt: „Eine mehr oder weniger beträchtliche Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes und zwar der relativen Widerstandsminima in Verbindung mit einem zeitlich sehr beschleunigten Ablauf der Widerstandscurve ist als vorherrschender Befund bei Morbus Basedowii anzusehen.“ Er fand den Widerstand zwischen 1000 und 2000 Ohm, während er beim gesunden Menschen zwischen 3450 und 5000 Ohm liegt. Cardew (48) legt auf dieses Symptom keinen Werth, indem er meint, der Leitungswiderstand entspräche einfach der Feuchtigkeit der Haut (Perspiratio sensibilis), schwanke deshalb sehr und finde sich auch bei anderen Krankheiten verringert.

Ich finde unter 13 Fällen 4, bei denen eine diesbezügliche Untersuchung von Herrn Stabsarzt Dr. Grawitz gemacht ist. Es wurde der elektrische Widerstand zum Theil verringert, zum Theil wie bei gesunden Menschen oder sogar etwas erhöht gefunden. Es lässt sich hieraus der Schluss ziehen, wie Cardew es angegeben hat, dass der Widerstand wesentlich von der Durchfeuchtung der Haut abhängig ist.

Eine häufige Erscheinung bei Morbus Basedowii bildet auch die Pigmentbildung in der Haut. Drummont (49) hat sie beschrieben und meinte, dass sich die vermehrte Pigmentablagerung besonders dort entwickele, wo schon physiologischer Weise Pigment vorhanden ist; er beobachtete eine Pigmentirung von lebergelb bis tief dunkelbraun.

Die Localisation Drummont's kann ich nicht bestätigen. In 4 Fällen wurde bei unsern Kranken Pigmentirung beobachtet. In dem einen fanden sich roseolaähnliche Flecke auf der Brust; im 2. Fall kleine bräunliche Narben an beiden Unterschenkeln. Im 3. war die allgemeine Farbe bräunlich; dann sah man zahlreiche Pigmentflecke am Ober- und Unterarm am meisten auf den Streckseiten, zum Theil punktförmig zum Theil stecknadelknopf gross. Am linken Ellbogen war das Pigment diffus vertheilt. Auf der Innenseite beider Füsse fanden sich handbreite pigmentirte Flächen, ebenso kleinere auf dem Fussrücken, an den Unterschenkeln weniger. Im 4. Fall sah man am Rumpf theils erhabene, theils flache Naevi. Oppenheim giebt einen Fall von Morbus Basedowii mit Complication des Morbus Addissonii an. Ob überhaupt eine derartige Complication besteht, ist noch nicht entschieden. Cardew bemerkt, dass er letzteren erst annehme, wenn die Erkrankung der Nebenniere erwiesen sei.

Neben der verstärkten Schweisssecretion fand ich in 3 Fällen ein starkes Defluvium capillitii, eine Erscheinung, die Kleinwächter (50) u. A. beobachteten. Nicht allein die Kopfhaare, sondern auch die Schamhaare und die Haare in den Achselhöhlen fallen aus, weniger die Augenbrauen.

Die Oedeme bei Morbus Basedowii sind besonders von Millard (51) und Maude (52) studirt. Letzterer

unterscheidet 3 Formen von Oedem: 1. Oedem durch Herzschwäche 2. Nervöses Oedem 3. Flüchtiges Oedem. Millard (51) erklärt sie 1. als dyscrasische, durch fortschreitende Anämie resp. Cachexie 2. als cardiale, auf organischer Herzstörung oder auf Schwäche, verringertem Tonus des Herzmuskels beruhend, welche durch Innervationsstörung herbeigeführt werden, oder 3. als nervöses Oedem wie Maude (52).

Ich fand nur in einem Fall Oedem bei dem Manne mit Morbus Basedowii, wo es am Kreuzbein und den Knöcheln beiderseits vorhanden war. Der Fall war mit Pneumonia fibrinosa complicirt und endete letal.

Die Erscheinungen der Athmungs- und Verdauungsorgane bei Morbus Basedbwii kann ich kurz zusammen fassen.

Die Athemfrequenz ist meistens etwas erhöht, in schweren Formen erreicht sie die Zahl 30 und zuweilen darüber. Ausserdem finden sich dyspnoische Anfälle. Beschleunigung der Athmung war in 7 Fällen zu constatiren, davon war der eine complicirt mit Pleuritis chron. adhaes., ein anderer mit Pneumonia fibrinosa. Saccadirtes Athmen wurde einmal gehört. Angestrengt war die Respiration in 4 Fällen, von denen der eine starke dyspnoische Anfälle zeigte.

Diarrhoen kamen in 3 Fällen unter 13 vor. Bei dem einen bestand die Complication eines Catarrhus gastricus gravis. In einem Fall waren die Diarrhoen sehr profuse. Federn (53) erklärte in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1888, dass Morbus Basedowii vielfach mit partieller Darmatonie vorkomme. „Es scheint keinem Zweifel zu unterliegen," sagt er, „dass die partielle Darmatonie die häufigste und wichtigste Complication vielleicht sogar Ursache des Morbus Basedowii ist." Dies kann ich nach den Beobachtungen in der Charité nicht bestätigen.

Erbrechen und zwar häufiges, andauerndes wurde in 2 Fällen beobachtet. Ausserdem fand sich in einem Fall ein Heisshunger, der plötzlich mehrere Wochen lang zu öfteren Malen auftrat. Maude (54) unterscheidet zwei Formen: 1. Paroxysmal, verschiedene Tage dauernd, circa eine Stunde lang, oft gleich nach der Mahlzeit;

2. Hungergefühl ist nicht so intensiv, stellt sich seltener und unregelmässiger ein.

Eine erhöhte Temperatur ist in unsern Fällen abgesehen von den Complicationserkrankungen nicht beobachtet.

In Bezug auf das Allgemeinbefinden fanden sich bei der Aufnahme der Kranken nur 2 mal deutlich anämische Zustände, die übrigen waren mit Ausnahme von 3, die kräftig entwickelt waren, von nur mässigem Ernährungszustand.

Starke und rapide Abmagerung wurde in 4 Fällen beobachtet. Nach Sattler (44) giebt es keine zweite Erkrankung, bei welcher so schnell schwere Cachexie, aber auch so schnelle Erholung eintritt, wie bei Morbus Basedowii.

Wenn ich die Therapie hier ganz unberücksichtigt lasse, so will ich noch zum Schluss kurz über den Krankheitsverlauf etwas hinzufügen. Ueber den Verlauf ist in neuerer Zeit nur bestätigt, was schon früher bekannt war. Im Allgemeinen ist der Verlauf ein protrahirter, über mehrere Jahre sich erstreckender. So berichten Boinet et Bourdillon (40) von einer 42 Jahre alten Patientin, die seit 21 Jahren an Morbus Basedowii gelitten hat. Von unsern Patienten leiden 2 schon 19 Jahre lang, einer 18 Jahre, einer 8 Jahre, die übrigen kürzere Zeit an Morbus Basedowii. Besserungen sind durchaus nicht selten; ob dagegen Heilungen stattgefunden haben, ist zum mindesten zweifelhaft. Möbius (1) führt freilich einen Fall von Cheadle (3) an, der seit 20 Jahren geheilt sei. Ein Fall von unsern 13 wurde fast geheilt entlassen; die Erscheinungen waren von vorn herein gering gewesen. Herzpalpitation, Struma nnd Exophthalmus waren bei der Entlassung nicht mehr vorhanden.

Wenn auch der Verlauf im Allgemeinen sehr langsam ist, so weist doch die Litteratur auch Fälle auf mit plötzlichem Beginn und rapidem Verlauf. Mackenzie (13) giebt eine Zusammenstellung solcher Fälle.

Er ist der Ansicht, dass die acuten Fälle meist schwerer verlaufen als die chronischen. Aber auch die chronischen Fälle bieten nicht immer günstige Prognose; Besserungen sind meistens nur vorübergehend.

Von unsern 13 Patienten sind 4 gestorben, der eine

acut erkrankt, war mit Pleuritis chron. adhaes. complicirt. In dem 2. Fall bestand Morbus Basedowii schon 2 Jahre, im 3. schon 3 Jahre. Der 4. Fall endete letal nach 18jährigem Bestehen von Morbus Basedowii. Die übrigen wurden gebessert entlassen.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Gerhardt für die Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Stabsarzt Dr. Grawitz für die freundliche Hülfe meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Möbius: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. I Leipzig 1891.
2. Bryson: Exophthalmic goitre. A view of thirty cases. The post graduate Shool. New-York, Juli 1892.
3. Cheadle: British med. Journ. 1890.
4. Caracoussi: Beiträge zur Kenntniss des Morbus Bas. Inaugural-Diss. Berlin 1889.
5. De Ranse: Du traitement de la maladie de Bas. etc. Gaz. méd. de Paris 9. Oct. 1885.
6. Corning: Some conditions on the Nature and traitment of Exophth. goître. New-York Med. Journ. 1890.
7. Edwards: British med. Journ. 1890.
8. Bull: Norsk Mag. f. Lage videnskr 3 R. X 1880. (Deutsch. med. Wchschr).
9. Déjérine: L'hérédité dans les maladies du Système nerveux Thèse d'agreg. 1886.
10. White Coper: On Protrusion of the eyes in connection with Anaemia, Palpitation and Goître. Lancet 1849 I.
11. Chevalier: Contribution à l'étude des troubles de la motilité etc. Thèse de Montpellier 1890.
12. Charcot: Maladie de Basedow. Gaz des hôp. 1885.
— Schmid'sche Jahrb. Bd. 223 u. 229.
13. Mackenzie: Clinical Lectures on Graves disease. The Lancet 1890 II.
14. Hack: Centralblatt für Nervenheilkunde 1886.
15. Maude: Nine cases of. Grav. Dis. etc. St. Barth. Hosp. Rep. 1891 XXVII.

16. Mannheim: Der Morbus Gravesii. Berlin 1894.
17. Hopmann: Berlin. klin. Wochschr. 1888.
18. Hack: Berlin. klin. Wochschr. 1888.
19. Fränkel: ebendaselbst.
20. Stocker: Deutsche med. Wochschr. 1889.
21. Musehold: ebendaselbst.
22. Bobone: Anne d'Oculiste.
23. Schott: Deutsche med. Wochschr. 1889.
24. Semon: Brit. med. Journ. 1889.
25. Parry: Collection from the unpublished medical whritings of the late C. Parry. London 1885.
26. Graves: System of clinical Medicine. Dublin 1843.
27. Brück: Zur Pathogenese des Hydrops oculi. Ammon's Zeitschr. 1835.
28. Basedow: Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle: Casper's Wochschr. 1840 u. 1848.
29. v. Graefe: Archiv für Ophthalmologie 1857.
30. Fischer: De l'exophthalmos cachectique. Archiv. génér. de méd. 1859.
31. Kast u. Wilbrand: Archiv für Psychiatrie 1890.
32. Marie P.: Contribution à l'étude et à la diagnostic des formes frustes de la mal. de Bas. Thèse de Paris 1883.
33. Lewin: Zur Casuistik des Morb. Based. Berlin 1888.
34. Guttman: Sitzung des Vereins für innere Medicin 1893. Ref. d. Med. Zeit. 17. 1893.
35. Russel Reynolds: A contribution to the clinical histor. of Grav. dis. Lancet 1890.
36. G. Sée: Traité des maladies du coeur 1889.
37. M. Taylor: Med.-News. Philadelphia 1888.
38. Charité-Annalen 1893.
39. Kahler: Prag. med. Wochschr. 1888.
40. Boinet et Bourdillon: Quelques phénomènes peu connues dans la maladie de Graves. Mercedi méd. 1891.
41. Dreyfuss-Brisac: Gaz. hebdom. 1885.
42. Bryson: New-York med. Journ. 1891.
43. Saint Marie: Contribution à l'étude de la maladie de Based. Thèse de Paris 1887.
44. Deutsche med. Wochschr. 1890.
45. Martin: Des troubles psychiques dans la malad. de Bas. Thèse 1890.
46. Vigouroux: Sur traitement etc. de la mal. de Bas. Progr. méd. 1887.
47. Eulenburg: Berlin. klin. Wochschr. 1889.
48. Cardew: The vulne etc. Lancet 1891.
49. Drummont: Brit. med. Journ. May 14. 1887.
50. Kleinwächter: Zeitschrift f. Gynaekologie 1889. Bd. I.
51. Millard: Des oedemes dans la mal. de Bas. Thèse de Paris 1888.
52. Maude: Oedema in Graves disease. Practitioner 1891.
53. Federn: Ueber partielle Darmatonie etc. Wiener Klinik 1891.
54. Maude: Practitioner 1891 II.

Thesen.

I.

Die Einlegung eines elastischen Bougies zur Erzeugung der künstlichen Frühgeburt ist nicht immer zu empfehlen.

II.

Die Hydrotherapie bei Thyphus abdominalis ist nicht zu entbehren.

III.

Die Vaginaluntersuchung bei Kreissenden ist unerlässlich.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Max Grohmann, evangelisch-lutherischer Confession, wurde als Sohn des Pastor Grohmann zu Gr. Poserin in Mecklenburg geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium Fridericianum zu Schwerin. Er besuchte die Universitäten Leipzig, Tübingen, München, Rostock. Am 4. März 1890 bestand er die ärztliche Vorprüfung zu Rostock; am 21. März 1893 erhielt er daselbst die Approbation als Arzt für das Deutsche Reich. Im Sommer 1893 genügte er seiner Militärpflicht und wurde am 22. Februar 1894 zum Assistenzarzt II. Kl. der Reverse befördert. Am 22. Juni 1894 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren:

Leipzig: Leuckart, Pfeffer, Wiedemann, Wislicenus.

Tübingen: Froriep, Garré.

München: Angerer, Bauer, Bollinger, Klaussner, Posselt, v. Ranke, Tappeiner, v. Winkel, v. Ziemssen.

Rostock: Aubert (†), Berlin, Braun, v. Brunn, Jacobsen (†), Madelung, Matthiessen, Schatz, Alb. Thierfelder, Thierfelder, Töhl, Uffelmann (†).

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.